

薬剤師による『お薬・健康相談』申込用紙

以下のように申し込みをいたします。

令和 年 月 日

依頼者	団体名：		
連絡先情報責任者：	ふりがな：		
	氏名：		
	住所：〒		
	TEL：	FAX：	
	E-Mail：		
イベント情報	イベント名：		
	会場名：		
	〒 会場住所：		
	電話番号：	FAX：	
開催希望日時	第1候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
	第2候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
	第3候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分		
参加予定人数 ※10名以上より受付	約 名	受講対象者 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> 一般市民 <input type="checkbox"/> 関連多職種 <input type="checkbox"/> 団体内関係者
謝礼の有無（金額）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（¥ ）	区分	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> アドバイザー <input type="checkbox"/> お薬相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご希望の講演内容に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けて下さい （複数可）	<input type="checkbox"/> ①薬の正しい飲み方、使い方について <input type="checkbox"/> ②薬の飲み合わせについて		
	<input type="checkbox"/> ③薬剤師が自宅で行う在宅医療について <input type="checkbox"/> ④おくすり手帳の使いかたについて		
	<input type="checkbox"/> ⑤かかりつけ薬局、薬剤師について <input type="checkbox"/> ⑥ジェネリック医薬品について		
	<input type="checkbox"/> ⑦薬の効き方、副作用について <input type="checkbox"/> ⑧その他		
その他に知りたい内容が あればご記入下さい			
特記事項/伝言			

※以下薬剤師会使用欄

担当薬剤師/ブロック	ブロック
受付日	令和 年 月 日（ ）
開催日時（確定）	令和 年 月 日（ ） 時間： 時 分～ 時 分
備考	会長承認印 ㊞

【申込先】 一般社団法人熊本市薬剤師会 事務局

電話：096-362-7630/FAX：096-362-0035/E-Mail：info@kumamotoshiyaku.or.jp